

PÁGINA 1 - Rellene este formulario con la aplicación gratuita Adobe Reader. **PRIMERO**- Guarde este archivo en su ordenador. **SIGUIENTE**- Rellene las 2 páginas haciendo clic en las zonas sombreadas. Vuelva a guardar el formulario con frecuencia. Para imprimir: Vaya al cuadro de diálogo de impresión y asegúrese de desmarcar la opción de escala de grises en blanco y negro. Imprima como un documento de doble cara. Haga clic en la pestaña "Impresora" en la parte inferior, marque la casilla de "2 caras" (o "Imprimir en ambas caras del papel"). Especifique "Encuadernación por el borde corto" (o "Voltear por el borde corto"). Imprima. Observe que las dos caras del formulario están relativamente alineadas entre sí sosteniendo el papel al trasluz. Recorte en la línea de puntos, doble en un tríptico e inserte en su soporte de identificación MediPal mostrando la insignia de emergencia. Envuelva el MediPal ID alrededor de su cinturón de seguridad.

Gracias por formar parte de la familia MediPal ID. Cuídate mucho.

The MediPal[®] Seatbelt ID

Ahorrar tiempo salva vidas

MediPal Inc.



Yo tengo
DIABETES
Tipo _____

Se trata de un formulario PDF rellenable en pantalla. Encuéntrelo aquí:

www.medipal.com/insert/diabetes

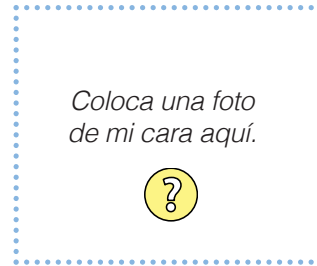
El comprador / usuario asume toda la responsabilidad por la exactitud de la información proporcionada, la colocación del gafete de identificación de MediPal en el cinturón de seguridad del usuario o de su persona física, y / o cualquier daño producido por el gafete de identificación de MediPal o por cualquier contenido colocado o adjunto al gafete de identificación de MediPal.

La información proveída que resulte en la divulgación de información a partes no deseadas o que resulte en robo de identidad es responsabilidad absoluta de el comprador/ usuario.



Mi información personal:

(Personal Information)



Mi Nombre: (my name / my nickname)

Mi apodo: _____

Fecha de Nacimiento:(DOB) _____

Mi dirección: (my address)

Mi teléfono de casa: _____

Mi teléfono móvil: _____

Mi Mascota(s) y su ubicación:
(My pet(s) & their location)

Ubicación de la directiva de salud:
(Location of healthcare directive)

Lugar de encuentro familiar fuera de casa:
(Family meeting place away from home)

Mis contactos de urgencia:

(Emergency contacts)

Padre/cuidador 1:

Teléfono:(phone) _____

Padre/cuidador 2:

Teléfono:(phone) _____

Nombre/teléfono de mi apoderado médico:
(Healthcare Power of Attorney)

Mi compañía de Seguro de Automovil:
(Automobile Insurance Company)

Nombre:(name) _____

Teléfono:(phone) _____

de Poliza:(policy#) _____

Mi compañía de Seguro Médico:
(Medical Insurance Company)

Nombre:(name) _____

Teléfono:(phone) _____

ID de miembro:(ID#) _____

Mi Doctor Primario: (Primary doctor)

Nombre:(name) _____

Teléfono:(phone) _____

Mi Doctor Especialista: (Specialty doctor)

Nombre:(name) _____

Teléfono:(phone) _____

Mi Dentista: (Dentist)

Nombre:(name) _____

Teléfono:(phone) _____

PÁGINA 2- Rellene este formulario con la aplicación gratuita Adobe Reader. **PRIMERO-** Guarde este archivo en su ordenador. **SIGUIENTE-** Rellene las 2 páginas haciendo clic en las zonas sombreadas. Vuelva a guardar el formulario con frecuencia. Para imprimir: Vaya al cuadro de diálogo de impresión y asegúrese de desmarcar la opción de escala de grises en blanco y negro. Imprima como un documento de doble cara. Haga clic en la pestaña "Impresora" en la parte inferior, marque la casilla de "2 caras" (o "Imprimir en ambas caras del papel"). Especifique "Encuadernación por el borde corto" (o "Voltear por el borde corto"). Imprima. Observe que las dos caras del formulario están relativamente alineadas entre sí sosteniendo el papel al trasluz. Recorte en la línea de puntos, doble en un tríptico e inserte en su soporte de identificación MediPal mostrando la insignia de emergencia. Envuelva el MediPal ID alrededor de su cinturón de seguridad.

Gracias por formar parte de la familia MediPal ID. Cuidate mucho.

Mi diagnostico actual: (My Diagnosis)

Tipo 1 Diabetes

_____ fecha de inicio

Tipo 2 Diabetes

_____ fecha de inicio

Prediabetes

_____ fecha de inicio

¿**Utilizar la bomba de insulina?**: Sí No
(Use Insulin Pump)

¿**Localización de la bomba?**: _____
(Location of Pump)

¿**Usa inyecciones de insulina?**: Sí No
(Use Insulin Injections)

Ubicación de la Jeringa/Pluma?: _____
(Location of Syringe/Pen)

El rango óptimo de azúcar en sangre es: _____
(Optimum Level (Range) of Blood Sugar is)

Tratamiento preferido para la hipoglucemia: Zumo de frutas Azúcar
(Preferred Treatment for Hypoglycemia) (Fruit Juice) (Sugar)

Refrescos normales (no de dieta) Miel Tabletas de glucosa Mantequilla de maní
(Regular Soda (not diet)) (Honey) (Glucose Tablets) (P-nut Butter)

Otros: (Other) _____

Mis medicamentos: (My Medications) A partir desde: _____
(Incluir nombres y dosis de todas las prescripciones, e medicamentos homeopáticos.)

Nombre y teléfono de la farmacia: (Pharmacy name/phone#) _____

Otras condiciones médicas: (Other medical conditions)
(Hospitalizaciones recientes, ataque cardíaco, ataque al corazón...) (Hospitalizations, stroke, heart attack...)

¿**Recibió la vacuna Covid?**: (Covid Vaccine Received?) Sí No

En caso afirmativo, ¿qué vacuna? (Which vaccine) Pfizer Moderna Otros _____

Más información:

Mi idioma principal es: (Primary Language) _____

Cómo me comunico: (How I communicate)

Voz Lenguaje de señas Gestos
(Voice) (Sign Language) (Gestures)

Símbolos de la imagen Palabras escritas
(Picture ICONS) (Written words)

Dispositivo de comunicación Intérprete
(Communication device) (Interpreter)

Mi tipo de sangre: _____
(Blood Type)

Mi peso: _____ **Mi altura:** _____
(Weight) (Height)

Pérdida auditiva Usor audicular
(Hearing loss) (Wear hearing aids)

Pérdida de visión Usar lentes o de contacto
(Vision loss) (Wear glasses/contacts)

Mis alergias: (My Allergies) a los alimentos y medicamentos -Incluir los efectos secundarios

Dieta especial: (Special Diet) _____

Hospital preferido: (Preferred hospital) _____

MediPal Inc.
Saving Time Saves Lives

